

¿QUIERE DEJAR DE FUMAR?

Cuestionario de evaluación

PARA PACIENTES:

Ponga este documento a la vista, en algún sitio donde pueda mirarlo todos los días. Si ha decidido dejar de fumar, esto le ayudará a enfocarse en su esfuerzo. Si todavía no lo ha decidido, ver cómo dejar de fumar puede hacer la diferencia en su vida le hará reflexionar.

PARA PROFESIONALES MÉDICOS:

Las respuestas a las siguientes preguntas le ayudarán a evaluar hasta qué punto un paciente está preparado(a) para dejar de fumar. Esta herramienta se puede copiar para incluirla en el historial del paciente o se puede escanear para agregarla a su historial médico en formato electrónico.

1 ¿QUÉ TIPO DE FUMADOR ES USTED? (Marque una opción)

- Fumador social (¿nº de cigarrillos por salida?)
- Fumador diario (¿nº de cigarrillos por día?)
- Fumador crónico (1+ paquete por día)

2 ¿QUÉ PIENSA DEL HÁBITO DE FUMAR? ¿QUÉ ES LO QUE LE GUSTA Y LO QUE LE DISGUSTA ACERCA DE FUMAR?

Lo que le gusta	Lo que le disgusta

3 ¿HASTA QUÉ PUNTO ESTÁ MOTIVADO(A) PARA PENSAR EN DEJAR DE FUMAR? (Marque una opción)

- No estoy motivado(a) en absoluto
- Estoy algo motivado(a)
- Estoy considerándolo seriamente

4 ¿CUÁLES SON SUS 3 MOTIVOS PRINCIPALES PARA QUERER CAMBIAR?

5 ¿EN QUÉ ASPECTOS SERÁ SU VIDA DIFERENTE SI DEJA DE FUMAR?

6 ¿HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR PREVIAMENTE? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CÓMO LO INTENTÓ? ¿QUÉ OCURRIÓ?

7 EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿HASTA QUÉ PUNTO ES IMPORTANTE QUE DEJE DE FUMAR AHORA? (Marque una opción. 1 = No es importante en absoluto, 10 = Extremadamente importante)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No es importante en absoluto					Extremadamente importante				

8 EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿HASTA QUÉ PUNTO ESTÁ SEGURO(A) DE QUE PODRÍA DEJAR DE FUMAR AHORA? (Marque una opción. 1 = No estoy seguro(a) en absoluto, 10 = Extremadamente seguro(a))

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro(a) en absoluto					Extremadamente seguro(a)				

INFORMACIÓN PARA PODER DETERMINAR CUÁL TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA (TRN) ES MEJOR PARA USTED

Unas cuantas preguntas muy simples le ayudarán a determinar cuál producto debería usar: NicoDerm_®CQ_® o Nicorette_®.

¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE PARA USTED?

UN PRODUCTO DE TRN DISCRETO, PARA USAR UNA VEZ AL DÍA, QUE PROPORCIONA NIVELES CONSTANTES DE NICOTINA TODO EL DÍA



PARCHES NICODERM_®CQ_®

UN PRODUCTO DE TRN QUE PUEDA LLEVAR CONMIGO CUANDO ME DEN GANAS DE FUMAR



MINI PASTILLAS NICORETTE_®



CHICLE NICORETTE_®



PASTILLAS NICORETTE_®

¿FUMA MÁS DE 10 CIGARRILLOS POR DÍA?

- SÍ.** Comience con el Paso 1 (21-mg)
- NO.** Comience con el Paso 2 (14-mg)

¿FUMA SU PRIMER CIGARRILLO DEL DÍA DENTRO DE LOS 30 MINUTOS DESDE QUE SE DESPIERTA?

- SÍ.** Use la Pastilla de 4-mg, la *mini* Pastilla o Chicle.
- NO.** Use la Pastilla de 2-mg, la *mini* Pastilla o Chicle.

Una estrategia importante para dejar de fumar es seguir las recomendaciones de su médico y la información sobre dosis que aparece en el envase.

Use los productos tal como se indica. El apoyo conductual aumenta las posibilidades de éxito. Para obtener información completa sobre las dosis de producto, consulte la información sobre dosis (formato descargable).

LOS PRODUCTOS NICODERM_®CQ_® Y NICORETTE_® PUEDEN INCREMENTAR SUS POSIBILIDADES DE DEJAR DE FUMAR

Los productos NicoDerm_®CQ_® y Nicorette_® proporcionan a su cuerpo la dosis terapéutica de nicotina que puede contribuir a incrementar sus posibilidades de dejar de fumar. A medida que su cuerpo va adaptándose, usted reduce la cantidad de nicotina hasta que ya no la necesita más. Cuando deja de fumar, su cuerpo seguirá queriendo nicotina. Este programa está diseñado para ayudarlo a dejar de fumar lentamente proporcionando dicha nicotina en forma controlada. No sienta que tiene que ser un héroe y “aguantarse de golpe” las ganas de fumar—cuanto más espere, más difícil será no encender un cigarrillo. En el largo plazo, es mejor usar NicoDerm_®CQ_® y Nicorette_® sistemáticamente para aliviar las ganas de fumar. Pasado un tiempo, notará que cada vez tiene menos ganas de fumar. ¡Sea paciente!

